Mediastinitis supurada por perforación esofágica por cuerpo extraño impactado

Dres. LUIS PRADERI,* DARDO VEGA,** NESTOR BEROIS,***
JUAN A. PRAVIA **** y JUAN LOPEZ *****

OBSEVACION CLINICA

Hombre de 49 años que comiendo pescado se traga una espina. Ingiere espárragos sintiendo un dolor muy intenso y brusco en el tórax, que luego disminuye de intensidad y solo se exacerba con la deglución de líquidos. A las 12 horas de la ingesta se extrae la espina por esofagoscopia con anestesia general. La espina, de 4 cms. de largo, está enclavada transversalmente en la parte inferior del esófago torácico. No se constató perforación esofágica ni se produjo herida. El enfermo luego pasa bien y logra dormir. A las 8 horas de la extracción se despierta con un dolor brusco y muy intenso en cinturón, que le oprime la región toracoabdominal, e ingresa al sanatorio. Enfermo inquieto, muy dolorido, contractura del abdomen superior, voz nasal. No náuseas ni vómitos. No existen signos pleuropulmonares. Radiológicamente se observa: movilidad muy disminuida de ambos diafragmas, velo pleural de base izquierda. No hay neumotórax. Mediastinos/p.

Como tratamiento inmediato se indica: sedación del dolor, supresión vía oral, hidratación parenteral y antibióticos, obteniéndose discreta mejoría. A las horas se realiza nuevo estudio radiológico (Dr. Berois):

Mediastino globalmente ensanchado. Algunas bandas de enfisema mediastinal que ascienden al cuello. Tránsito esofágico con Hypaque muestra una pequeña fuga en el tercio medio del E. torácico.

Hemitóras izquierdo, sombra basal, que clínicamente corresponde a un derrame pleural con atelectasia basal.

Hemitórax derecho, sombra de derrame basal de menor entidad que a izquierda.

A las 28 horas del comienzo del cuadro aparece un evidente aspecto tóxico. Se decide intervenir con diagnóstico de: mediastinitis por perforación esofágica (tercio medio) con reacción pleural bilateral, y sospecha de contaminación peritoneal. La necesidad de explorar el abdomen nos lleva a indicar la toracotomía izquierda con frenotomía.

INTERVENCION

Dres. L. A. Praderi, J. Pravia, Pte. López, I. C. Domínguez, Anestesia general Dres. Schaffer y Vega.

Toracotomía izquierda en 7º espacio.
Derrame pleural izquierdo serofibrinoso (300 c.c.). (Se extrae para examen). Atelectasia lobar inferior.

Pleura mediastínica posterior engrosada, cubierta por falsas membranas, y distendida, ocultando la saliente aórtica. Se punciona, obteniéndose pus amarillento, abundante, que se envía a examen bacteriológico. Sección longitudinal de toda la pleura desde el cayado hasta el diafragma, lo que nos permite entrar en una *logia creada por el pus entre esófago y aorta* solo interrumpido por pequeños vasos transversales. *Periesofagitis muy intensa*.

Frenotomía izquierda comprueba *indemnidad peritoneal*; la lámina frenoesofágica constituye barrera a la progresión abdominal del proceso.

Hallazgo de la perforación esofágica; retirando la sonda gástrica hasta la mitad del esófago torácico, e inyectando aire (4), constatamos que el suero que baña el mediastino barbotaba. Se descubre una perforación de 3 mms. en la parte media del esófago torácico sobre la derecha. Se sutura el orificio con 3 puntos de seda 4-0 en un plano.

Se deja el mediastino ampliamente abierto en cavidad pleural. Lavado. Reexpansión pulmonar completa.

Al día siguiente se extraen 150 c.c. de líquido serofibrinoso de pleura derecha.

Diagnóstico operatorio.

Mediastinitis posterior supurada por perforación esofágica por cuerpo extraño. Pleuresía serofibrinosa bilateral. Atelectasia pulmonar basal.

La contractura abdominal responde a reacción refleja al proceso diafragmático.

Postoperatorio.

La investigación bacteriológica mostró estafilococos y estreptococos en el pus mediastinal. El líquido de ambas pleuras era estéril.

Se trata con antibióticos de amplio espectro (Penaureus, Cloromycetim y Bactrim).

En los días siguientes a la intervención se definen dos focos de atelectasia pulmonar basal a izquierda y a derecha, que regresan con el tratamiento médico. Los derrames serofibrinosos desaparecieron, requiriendo solo dos

Presentado el 4/VIII/71 a la Reunión de la Sociedad de Cirugía.

* Profesor Adjunto de Cirugía.

** Médico Endoscopista del Ministerio de Salud Pública.

Médico Radiólogo del Ministerio de Salud Pública.

Adjunto de Clínica Quirúrgica.

***** Practicante Interno.

punciones a derecha, a izquierda se drenaron quirúrgicamente. La alimentación se mantuvo por sonda gástrica durante 8 días (4), reiniciándose luego dieta blanda hasta los 15 días. Actualmente han pasado 2 meses y el enfermo se encuentra bien, sin secuelas.

COMENTARIO

Señalaremos algunos puntos de interés diagnóstico y terapéutico de esta observación clínica:

1) La perforación esofágica se produjo por la migración del cuerpo extraño, favorecida por la ingestión de espárragos. No hubo perforación por maniobras endoscópicas que es lo habitual (1,2,9), ni perforación secundaria (7).

2) La perforación ocupa la parte media del esófago torácico, altura poco común; lo habitual es en el extremo cervical del esófago o supracardial (10).

3) En la sintomatología se destaca:

- a) Voz nasal (6).
- b) Dolor toracoabdominal y contractura abdominal. La sintomatología abdominal suele verse en perforación del esófago abdominal (6).
- c) Existe un período de acalmia entre el accidente y la instalación del cuadro doloroso, acalmia traidora del Resano (5).
- d) El facies tóxico, con apirexia, fue decisivo para la indicación operatoria.

4) El estudio radiológico permitió descubrir una fistula en tercio medio del esófago torácico, situación poco común (6,3).

5) La sintomatología abdominal, con la paresia diafragmática abren la presunción de una 2ª perforación abdominal.

6) El abordaje se hizo por toracotomía transpleural, para permitir amplia exposición del esófago y drenaje. No se empleó la vía extrapleural de Quenu y Hartmann (3,4,10).

7) No se usó la toracotomía derecha aconsejada por la mayoría (3,5,6,8,9,10). Se prefirió la vía izquierda para explorar simultáneamente el abdomen por frenotomía izquierda.

8) La indicación quirúrgica se hizo luego de un período de tratamiento médico, al descubrirse la fistula y aparecer signos de mediastinitis. Esta conducta es la que aconsejan algunos autores; Goñi Moreno (5).

9) La gastrostomía no la creímos indicada (6).

10) El hallazgo quirúrgico de la perforación, muy difícil en las mediastinitis evolucionadas, se pudo lograr por inyección esofágica de aire, para hacerlo barbotar en suero. Este procedimiento lo encontramos descrito en el Nouveau Traité de Technique Chirurgicale (4), al realizar esta reseña bibliográfica.

11) La conducta postoperatoria de alimentar por sonda los primeros días y dieta blanda a los 15 días, dio resultado (4).

RESUMEN

Se presenta un caso poco común de perforación de esófago torácico por migración de espina de pescado, diagnosticado y topografiado por la radiología contrastada y tratado con éxito, por toracomediatinotomía izquierda, con frenotomía para descartar una segunda perforación abdominal.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas peu courant de perforation de l'oesophage thoracique par migration d'une arête de poisson. Le diagnostic et la topographie étant établis par radiologie contrastée, le cas est traité avec succès par une thoraco-médiastinotomie gauche, avec une section du frein pour écarter l'éventualité d'une deuxième perforation, abdominale cette fois.

SUMMARY

The paper deals with a rare case of esophageal thoracic perforation dueto migration of a fishbone. Contrasted radiology established its diagnosis and topography. It was treated successfully by a left thoracomediatinomy, coupled with frenotomy so as to discard a second abdominal perforation.

BIBLIOGRAFIA

1. BARANI, J. C. Perforación instrumental del esófago. Operación a las 7 horas del accidente. *Bol. Soc. Cirug. del U.*, 27 (4): 367, 1956.
2. BOSCH DEL MARCO, L. M. Heridas penetrantes del tórax. Relato. *VII Congreso Urug. de Cirugía*, 64, 1956.
3. BRULL ORRIOLS, R. Introducción a la Cirugía del Esófago. *Ed. Toray*. Barcelona, 1964.
4. DEVIN, R., LATASTE, J. et MAILLET, P. *Neuveau Traité de Technique Chirurgicale*. Tome X. *Masson et Cie.*, 1968.
5. GOÑI MORENO, I. Cirugía del Esófago y hernias por el hiato esofágico. *Ed. Universitaria*. Buenos Aires, 1964.
6. LORTAT JACOB, J. L. *Chirurgie del'oesophage*. *Flammarion*, 1951.
7. PRADERI, L. A. Cuerpo extraño impactado en el esófago torácico, con fistula traumática. Esofagotomía. Curación. *Bol. Soc. Cirug. del U.* 33: 326, 1962.
8. RESANO, J. H., ARPON O'CONNOR, F., y MALLECHINI, M. Contribución al estado actual del diagnóstico y tratamiento de las mediastinitis. *Medicina Panamericana*. Vol. 1. Nº 2, 1953.
9. SWEET, R. H. *Thoracic Surgery*. *Saunders*, 1951.
10. THOREK, P. *Diseases of the esophagus*. *Lippincott Co.*, 1952.